МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра
Р.А. Часнойть
30 января 2009 г.
Регистрационный № 128-1108

АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии», ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. И.М. Лаптева, канд. мед. наук, доц. Е.А. Лаптева, науч. сотр. Л.В. Лицкевич

В настоящей инструкции изложены современные дифференцированные подходы к лечению хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) с учетом особенностей ее течения на разных стадиях развития.

Инструкция предназначена для врачей, занимающихся лечением XOБЛ: терапевтов, пульмонологов, профпатологов, реабилитологов. Целью инструкции является информирование специалистов и изменение широко распространенного нигилистического подхода к лечению XOБЛ. Хотя на момент развития клинических проявлений заболевания морфологические изменения в большинстве случаев уже необратимы, в настоящей инструкции предлагается алгоритм лечения, который может повысить качество, продолжительность жизни и функциональную активность больных.

ХОБЛ является ведущей причиной заболеваемости и смертности. В Республике Беларусь ХОБЛ как причина смерти составляет более 70% в структуре общей смертности от болезней органов дыхания, что соответствует в среднем 3500 летальных исходов в год. Уровень смертности и распространенность ХОБЛ продолжают расти во всем мире.

Главные факторы риска развития болезни и ее обострений — курение и вредные производственные и атмосферные условия. Главный симптом ХОБЛ — хроническая бронхиальная обструкция, которая с годами медленно прогрессирует и чаще всего является необратимой, — обусловлен сочетанием хронического бронхита и эмфиземы легких. Эмфизема определяется анатомически как деструктивное увеличение альвеолярных пространств дистальнее терминальных бронхиол без признаков явного фиброза, хронический бронхит — как наличие хронических эпизодов увеличения бронхиальной секреции и кашля.

Заболевание часто диагностируется в позднем периоде, поскольку у пациентов могут отсутствовать клинические симптомы даже при низком объеме форсированного выдоха за 1 с $(O\Phi B_1)$. Спирометрия, как правило, позволяет раньше обнаружить ХОБЛ. Постоянное курение — основной фактор, связанный с быстрым снижением $O\Phi B_1$ и плохим прогнозом. Прекращение курения замедляет темпы снижения $O\Phi B_1$. Следовательно, активная помощь пациентам в прекращении курения является первоочередным средством адекватного лечения ХОБЛ.

Следует выделять 2 фазы в течении ХОБЛ, требующие разных подходов в выборе тактики лечения: фаза контролируемого и неконтролируемого течения.

Фаза контролируемого или стабильного течения ХОБЛ характеризуется длительным периодом ремиссии с отсутствием клинических признаков прогрессирования болезни и стабилизацией показателей функции внешнего дыхания, обычно достигается устранением или снижением интенсивности воздействия факторов риска, использованием современных лекарственных средств, подобранных с учетом степени тяжести болезни.

Фаза неконтролируемого течения ХОБЛ характеризуется частыми обострениями (более 3–4 раз в год), прогрессированием клинических симптомов и обструктивных нарушений функции внешнего дыхания в

результате длительного воздействия факторов риска и/или несоблюдения принципов базисной терапии; периоды обострения ХОБЛ проявляются резким нарастанием симптомов и снижением показателей функции внешнего дыхания в результате неадекватного базисного лечения и требуют назначения современных лекарственных средств в условиях поликлиники, пульмонологического стационара или реанимационного отделения в зависимости от тяжести обострения.

Лечение больных стабильной ХОБЛ проводится амбулаторно. Госпитализация показана в случаях тяжелого течения и тяжелого обострения, когда не удается в амбулаторных условиях достичь контроля заболевания (быстрое начало обострения, одышка в покое, цианоз, появление или усиление признаков правожелудочковой недостаточности, резко выраженная интоксикация при инфекционном характере обострения, нарушения сердечного ритма, серьезные сопутствующие заболевания, пожилой возраст).

На амбулаторно-поликлиническом этапе фармакологическое лечение проводится в зависимости от степени тяжести ХОБЛ.

При стадии I (легкая ХОБЛ) достаточно назначения короткодействующего ингаляционного бронхолитика по потребности для контроля одышки. Если ингаляционные бронхолитики недоступны, можно использовать теофиллин медленного высвобождения.

При стадии II–IV (среднетяжелая, тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ) одышка при повседневной нагрузке не купируется с помощью применяемых по потребности короткодействующих бронхолитиков, в связи с чем рекомендуется добавление плановой терапии длительнодействующими бронхолитиками. У больных с постбронходилатационным ОФВ₁ <50% от должного (стадия III–IV — тяжелая и крайне тяжелая ХОБЛ) и повторяющимися обострениями (например, 3 эпизода за последние 3 года) лечение ингаляционными глюкокортикостероидами уменьшает количество обострений и улучшает состояние здоровья. В этих случаях плановое лечение ингаляционными глюкокортикостероидами должно быть добавлено к длительнодействующим бронхолитикам. Следует избегать долговременного лечения таблетированными глюкокортикостероидами.

Алгоритмы лечения ХОБЛ стабильного течения при легкой среднетяжелой и тяжелой форме болезни представлены на рис. 1 и 2.

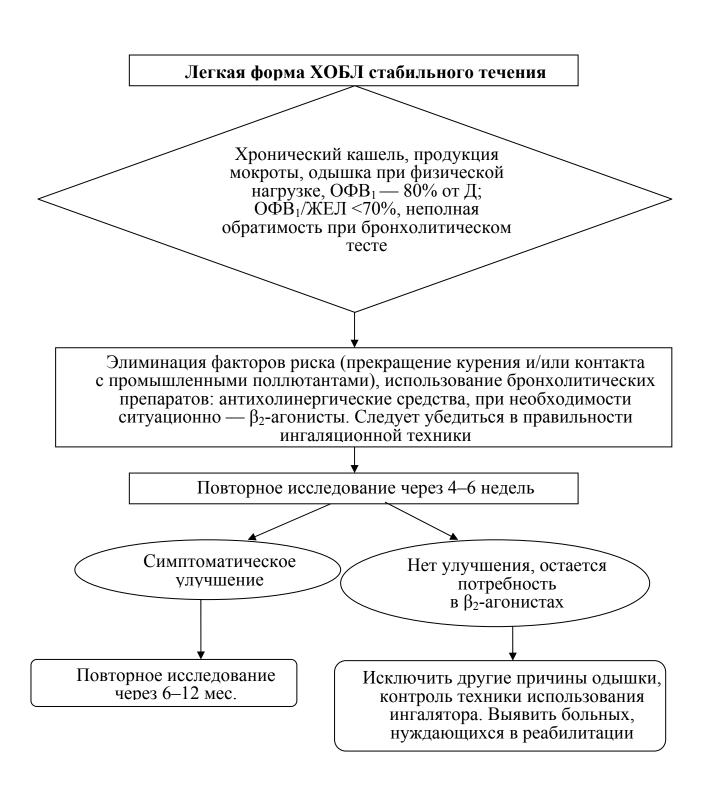


Рис. 1. Алгоритм лечения ХОБЛ стабильного течения легкой степени тяжести

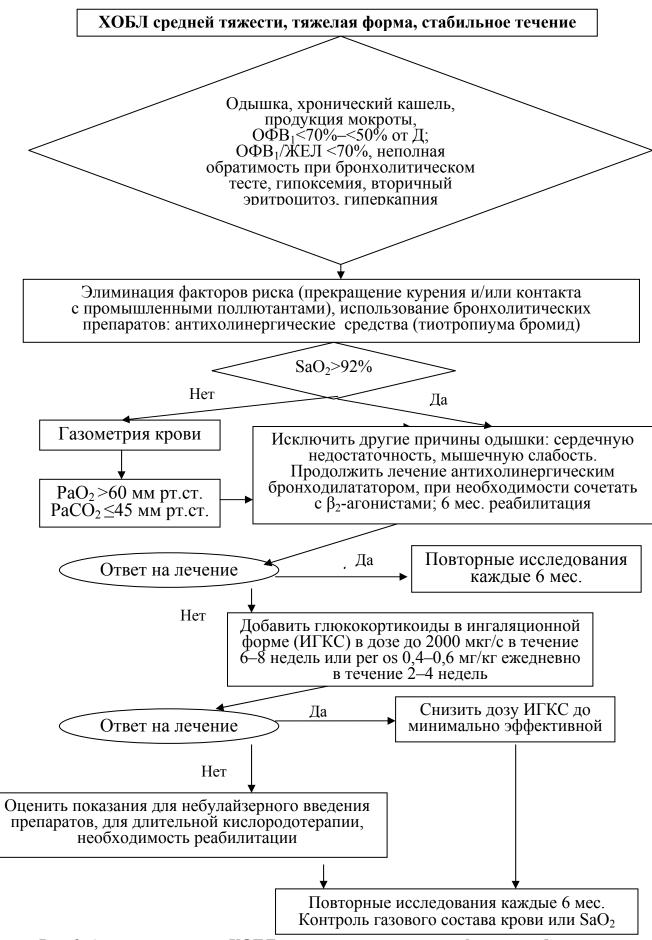


Рис. 2. Алгоритм лечения **ХОБЛ** среднетяжелой, тяжелой формы стабильного течения

Обострение ХОБЛ — событие естественного течения заболевания, характеризующееся изменениями одышки, кашля и продукции мокроты, выходящими за пределы нормальной суточной вариабельности, а также острым началом, которое требует изменения схемы обычной терапии у больного ХОБЛ, и ассоциированное с усилением воспаления в дыхательных путях и системного воспаления (GOLD, 2007). Различных лечебных подходов требуют неосложненные и осложненные обострения.

Критерии неосложненного обострения ХОБЛ:

- возраст меньше 65 лет;
- частота обострений менее 4 раз в год;
- отсутствие сопутствующих заболеваний;
- $O\Phi B_1$ больше 50% должной.

Этиология: Haemophylus influenzae, Moraxella catarhalis, Streptococcus pneumoniae. Используется антибактериальное, муколитическое и антиоксидантное воздействие. При инфекционном характере обострения применяются макролиды — эффективны при ХОБЛ кларитромицин, азитромицин (монотерапия или в сочетании с цефалоспоринами).

Критерии осложненного обострения ХОБЛ:

- возраст старше 65 лет;
- частота обострений чаще 4 раз в год (возрастает частота резистентных штаммов);
 - серьезные сопутствующие заболевания;
 - частые повторные курсы АБТ;
 - OФB₁ менее 50% должной;

Этиология та же + Enterobacteriaceae (кишечная палочка чаще) и Ps. Используется антибактериальное, муколитическое aeruginosae. И антиоксидантное воздействие. Применяются антибиотики: в связи cрезистентностью — защищенные пенициллины (амоксициллин/хинкоцил, амоксиклав), фторхинолоны респираторные (левофлоксацин); в случае инфицирования Pseudomonas aeruginosae состояние больного классифицировать как хронический бронхиальный сепсис: используется длительная кислородтерапия, антибиотики с антисинегнойной активностью (ципро-, левофлоксацин).

Легкое обострение ХОБЛ (лечится амбулаторно) Начать повышение дозы или кратности введения антихолинергических бронхолитических средств или сочетать с β_2 -агонистами. При инфекционном эпизоде — антибиотики В течение 48 ч оценка состояния больного **участковым** терапевтом Элиминация факторов риска (прекращение курения и/или контакта с промышленными поллютантами), использование бронхолитических препаратов: антихолинергические средства (тиотропиума бромид) Отсутствие или улучшение симптоматики, данных объективного исследования Да Нет Продолжать лечение, Добавить глюкокортикоиды (0,4–0,6 мг/кг/сут) или ингаляционные постепенно снижая глюкокортикоиды или в сочетании интенсивность с пролонгированными β2-агонистами Повторная оценка состояния в течение 48 ч Да Нет Нарастание симптомов, ухудшение показателей Да Рассмотреть целесообразность Госпитализация в долгосрочного лечения пульмонологический стационар

Рис. 3. Алгоритм лечения легкого обострения ХОБЛ

Тяжелое обострение (лечение в условиях стационара) Оксигенотерапия. Бронхолитические средства: увеличение дозы Отделение или кратности применения Нет неотложной Жизнеантихолинергических терапии или угрожающе бронхолитиков или обычная сочетать с β_2 -агонистами палата Да или введение через небулайзер с Отделение интенсивной дополнительным O_2 через терапии и реанимации назальные канюли. Глюкокортикоиды внутрь и в вену. Подкожно Кома, остановка гепарин при сердца, дыхания Нет необходимости. Контролировать водный Неинвазивное лечение как баланс. Да при неугрожающих жизни Симптоматическая терапия состояниях: в вену Инвазивное бронхолитики, глюкокортикоиды, лечение — ИВЛ с бронхолитики через Повторная оценка небулайзер, назальная положительным состояния в течение лицевая маска, давлением. 30-60 мин Продолжать неинвазивная вентиляция с положительным терапию как при давлением (СРАРнеинвазивном лечении терапия) Улучшение симптомов, объективных Постепенно данных, увеличивать FiO₂, Нет $PaO_2 > 60 \text{ MM}$ в течение 30 мин рт. ст. проводить повторную оценку каждого шага Да Повторная оценка Нет Да состояния Заторможенность, РаО2 $PaO_2 > 60$ каждые 4 ч, <50 мм рт. ст., мм рт. ст. продолжать РаСО₂ повышается при рН<7,3 стабильно проводимое лечение Планировать длительное лечение на амбулаторном этапе

Рис. 4. Алгоритм лечения тяжелого обострения ХОБЛ

Правильное ведение больных ХОБЛ на амбулаторном и стационарном этапах с использованием фармакотерапии в сочетании с методами легочной реабилитации приводит к значительному и клинически выраженному улучшению многих параметров, включая одышку, физические возможности, состояние здоровья и рациональное использование ресурсов здравоохранения.